

TELOUEL IMPACT



PROTECTION SOCIALE

Le système se met en marche

Promise par le roi Mohammed VI en juillet 2020 au moment où le Maroc sortait de la première vague du Covid-19, la réforme structurelle de la protection sociale vise à instaurer plus d'égalité économique et sociale. Malgré quelques inquiétudes initiales, la généralisation de l'AMO avance à grande vitesse. Par contre, la réforme du système de santé semble, elle, accuser du retard.

Le 29 juillet 2020, le roi Mohammed VI prononçait un discours que certains considèrent qualifié “d’historique” et de “révolution sociale” voire même de “big bang social”. Au cœur de l’été 2020, et au lendemain d’un premier semestre marqué par la crise causée par la pandémie de Covid-19, le souverain annonçait la généralisation de la protection sociale. Le 9 octobre suivant, lors d’un discours prononcé à l’occasion de l’ouverture de la session d’automne du parlement, le roi fixait un nouvel objectif en annonçant que près de 22 millions de Marocains supplémentaires devraient bénéficier d’une couverture de maladie de base entre indépendants et ramedistes. Au vu des ambitions affichées par Mohammed VI, qui avait lui-même déclaré que le Covid avait mis en évidence des “insuffisances” en terme d’aides sociales, le chantier est gigantesque. Quelques semaines après ce discours, *TelQuel* publiait un dossier dans lequel nous nous interrogeons sur les enjeux colossaux de cette réforme ainsi que le peu d’implication des responsables politiques pour sa mise en œuvre. Depuis, les responsables concernés par cette réforme ont visiblement mis le bleu de chauffe.

BLEU DE CHAUFFE GOUVERNEMENTAL

Le 26 mai dernier, dans la foulée d’un Conseil de gouvernement lors duquel deux textes relatifs à la protection sociale ont été adoptés, Faouzi Lekjaâ annonçait l’adhésion de huit millions de bénéficiaires à l’AMO. Un chiffre qui, selon le ministre du Budget, reflète l’adhésion de 2 millions de libéraux ainsi que de leurs ayants-droit à l’AMO. Soit 70% de la population ciblée au sein de cette catégorie de travailleurs par le gouvernement. Et l’État ne compte pas s’arrêter en si bon chemin. Pour les deux prochaines années, le royaume prévoit de généraliser les allocations familiales, puis d’élargir l’assiette des adhérents aux régimes de retraite. Dans la foulée, la généralisation des indemnités pour perte d’emploi devra être effective dès 2025. Ces avancées sont encadrées par des lois. Le gouvernement a élaboré le cadre juridique nécessaire concernant la couverture santé et le système de retraite, avec la promulgation de loi-cadre n°09-21 relative à la protection sociale. Des accords-cadres sont signés régulièrement pour faciliter la généralisation de l’assurance-maladie obligatoire de base et en vue de couvrir différentes catégories de la société. À ce jour, le gouvernement a adopté 22 décrets qui ont permis l’intégration de l’ensemble des catégories socio-professionnelles concernées.

UN DÉFI DE TAILLE

Pour accompagner cette révolution des moyens considérables tant sur le plan humain que financier devront être mobilisés. Pour la seule mise en œuvre de la généralisation des aides sociales, un budget de 51 milliards de dirhams sera mobilisé (lire article p.52). La mise à niveau des infrastructures, elle, nécessitera une enveloppe de six milliards de dirhams. En parallèle, le Maroc continue de souffrir d’une pénurie aiguë de soignants et d’infrastructures. Le pays ne compte



© AFP

que 7 médecins pour 10 000 habitants, selon le diagnostic de la Commission spéciale sur le modèle de développement, rendu public en mai 2021. Cette instance consultative, mandatée par le roi, estime qu’il faudrait former pas moins de 54 000 médecins et 107 000 infirmiers pour avoir un système de santé de qualité et pour tous.

UNE RÉFORME DE LA SANTÉ QUI SE FAIT ATTENDRE

Les défis sont donc considérables. Afin de contenir la demande en soins qui augmentera avec l’arrivée de millions de nouveaux adhérents à l’AMO, la loi-cadre sur la généralisation de la couverture sociale prévoit notamment la multiplication des programmes de formation et la consolidation des compétences médicales des professionnels du



secteur de la santé. Le pays a prévu également l'ouverture de la pratique de la médecine aux investissements et compétences étrangères, l'encouragement des établissements internationaux de santé à travailler et à investir au Maroc, et la capitalisation sur les expériences réussies.

Des inquiétudes persistent néanmoins sur le volet de la réforme du système de santé. Malgré l'élaboration d'une stratégie et d'un plan d'action clair pour cette réforme (lire article p.62), sa mise en oeuvre opérationnelle n'a toujours pas débuté formellement. Organisation, institutions et ressources humaines nombreux sont les chantiers que le département de tutelle, le ministère de la Santé, doit prendre à bras le corps. Car l'enjeu est majeur. Si cette réforme structurante est mal dé-goupillée on pourrait prendre le risque de voir l'es-

TELQUEL IMPACT, C'EST QUOI ?

TelQuel a toujours accordé un fort intérêt aux projets structurants. Notre publication a toujours suivi au plus près les politiques qui peuvent contribuer au développement de notre pays qu'il s'agisse de l'évolution de la politique des énergies renouvelables au Maroc, des travaux très attendus de la CSMD. Une qualité reconnue par certains de nos partenaires institutionnels souhaitant mettre la lumière sur des projets que *TelQuel* estime être structurants. C'est dans ce sens que *TelQuel Impact* a été mis en place.

A travers *TelQuel Impact*, *TelQuel* accompagne des acteurs institutionnels qu'ils s'agissent d'ONG, d'acteurs gouvernementaux dans la réalisation de :

- **Dossiers consacrés à des politiques publiques**
- **Brand content**
- **Mise en forme de données**

Dans le cadre de cette section, la rédaction de *TelQuel* maintient son indépendance éditoriale tout en vous apportant une information détaillée sur ces projets qui feront le Maroc de demain. Ce dossier a été réalisé en partenariat avec le ministère du budget. ■

sentiel de la demande de soin se diriger vers le privé... en risquant de faire exploser l'équilibre financier du système de santé. A nos gouvernants donc de transformer l'essai et de concrétiser ce qui semble être un chantier de règne dans le domaine de la protection sociale. ■

RÉFORME DE LA PROTECTION SOCIALE

Les grandes lignes d'un projet à 51 milliards

INITIÉ PAR MOHAMED VI EN JUILLET 2020, LA RÉFORME DE LA PROTECTION SOCIALE COMMENCE À PRENDRE FORME. ÉTALÉ SUR QUATRE ANS, CE PROJET COLOSSAL MOBILISERA PLUS DE 50 MILLIARDS DE DIRHAMS. EN VOICI, LES GRANDES LIGNES.

Le ministre du Budget, Fouzi Lekjaâ pilote cette réforme.



PAROLE DU GOUVERNEMENT



الناصح الرسمي باسم الحكومة

© MAP

UN PROJET SUR QUATRE ANS

La réforme de la protection sociale doit se décliner en quatre étapes. La première, et la plus immédiate, est la généralisation de la couverture médicale obligatoire. Entamée en 2021, cette généralisation permise par l'adoption de près d'une quinzaine de décrets a permis d'assurer la couverture de trois millions de travailleurs non-salariés. Si l'on inclut les membres de leurs familles, qui bénéficient également de l'Assurance maladie obligatoire (AMO), cela signifie que près de 11 millions de Marocains sont actuellement couverts par l'AMO. Et ce chiffre devrait s'accroître davantage lorsque l'on sait qu'une révision de la loi 65-00 est actuellement en cours de préparation et devrait être prochainement présentée en Conseil de gouvernement. L'amendement du texte, portant code de la couverture médicale de base, devrait permettre de généraliser l'AMO à plus de 11 millions de RAMEDistes dans le courant du 2^{ème} semestre 2022, nous indique-t-on, du côté de la Direction du Budget qui a piloté cette réforme. D'ici la fin de l'année donc, près de 22 millions de Marocains devraient à leur tour bénéficier de l'AMO. Début 2022, la CNSS estimait à 1,7 million le nombre de bénéficiaires des allocations familiales. Mais ce chiffre devrait s'étendre davantage car le projet de réforme de la protection sociale prévoit l'extension de l'allocation familiale à près de 7 millions de bénéficiaires d'enfants en âge d'être scolarisés. Un projet qui devrait être achevé à l'horizon 2024, selon le département de Fouzi Lekjaâ. La réforme de la protection sociale devrait se conclure en 2025 à travers l'élargissement de la base à cinq millions d'actifs n'ayant pas droit à une pension ainsi que la généralisation de l'indemnité pour perte d'emploi.

Annoncée par le roi Mohammed VI dans son discours du trône prononcé en juillet 2020, la réforme de la protection sociale, qui doit permettre sa généralisation à terme, prend forme. Adoptée par le parlement au mois de mars 2021, et inscrite au Bulletin officiel un peu plus de six mois plus tard, la loi cadre 09-21 a permis de définir les contours de ce que sera la nouvelle vision de la protection sociale. S'il est réussi, le projet pourrait grandement contribuer à l'amélioration des conditions de vie des Marocains. En voici, les grandes lignes.

COMBIEN ÇA COÛTE?

Colossal, le chantier de la réforme sociale coûtera près de 51 milliards de dirhams selon les chiffres avancés par le département du Budget. Une grande partie de cette enveloppe, 20 milliards de dirhams, ira à la généralisation des allocations familiales. 30 milliards de dirhams seront répartis entre la généralisation de l'AMO, pour un coût de 14 milliards de dirhams. Le milliard de dirham restant sera dédié à la généralisation de l'indemnité pour pertes d'emplois. D'où seront tirés ces 51 milliards de dirhams nécessaires à l'application de cette réforme ? Du côté du département du Budget, on nous

indique que la majorité de cette somme, 28 milliards de dirhams, sera issue d'un mécanisme de contribution financé par les cotisations des travailleurs non-salariés. Les 23 milliards de dirhams restants proviendront directement des caisses de l'État en vue d'assurer la couverture de près de 4 millions de ménages marocains n'ayant pas la capacité de contribuer au financement de la protection sociale. Une partie de cette somme, on parle de sept milliards de dirhams, sera perçue à travers le redéploiement des ressources financières allouées au RAMED ainsi qu'à des programmes comme Tayssir et le programme d'aide directes aux femmes veuves. Les 16 milliards restants proviendront de la "mobilisation de nouvelles ressources fiscales". Faudrait-il imaginer la création de nouvelles taxes sur les produits pouvant être à l'origine de maladies chroniques? ■

Les 4 étapes de la généralisation de la couverture sociale

Initiée en 2021, la réforme de la protection sociale devrait s'étendre sur 4 ans et agir sur quatre piliers.

ÉTAPE 1

La généralisation de la couverture médicale (2021-2022).

À l'issue de cette étape, l'Assurance maladie obligatoire comptera 22 millions de bénéficiaires supplémentaires

ÉTAPE 2

La généralisation des allocations familiales (2023-2024).

Elle devrait permettre aux familles de bénéficier d'indemnités pour se protéger contre les risques liés à l'enfance.

ÉTAPE 3

L'élargissement de la base d'adhérents au système de retraite (2025).

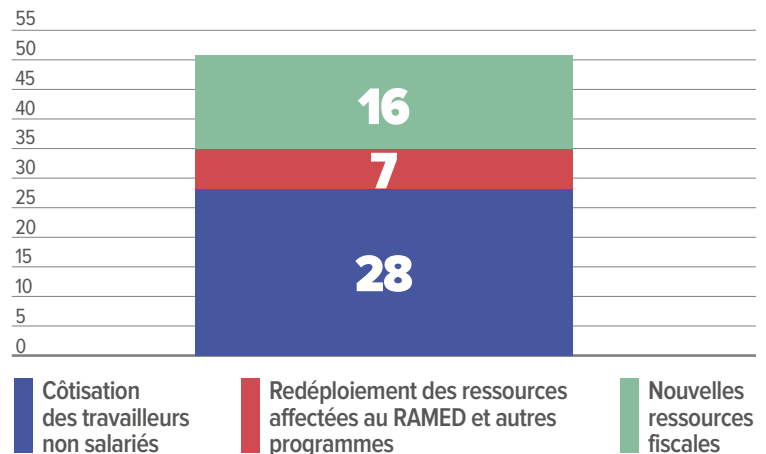
Elle permettra à 5 millions d'actifs n'ayant pas droit à une pension d'en bénéficier.

ÉTAPE 4

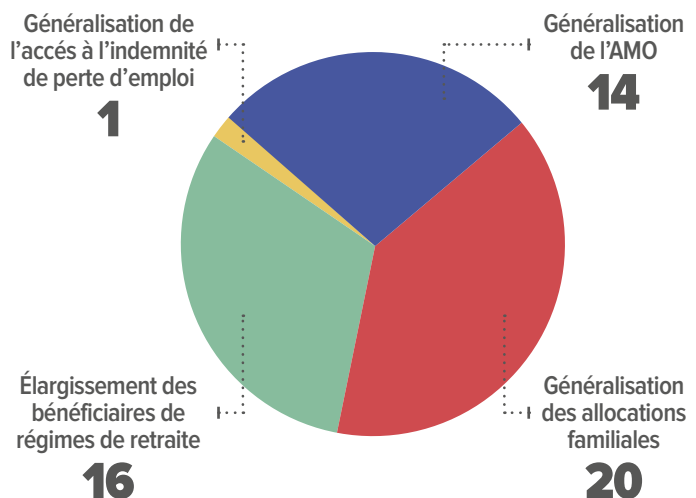
Généralisation de l'accès à l'indemnité de perte d'emploi (2025).

Elle sera destinée à toute personne ayant perdu un emploi régulier.

Comment la réforme de la protection sociale sera financée (en milliards de dirhams)



Comment seront alloués les 51 milliards de dirhams de la réforme



L'AMO et vous

D'ICI LA FIN DE L'ANNÉE 2022, PRÈS DE 29 MILLIONS DE MAROCAINS DEVRAIENT BÉNÉFICIER DE LA COUVERTURE DE L'ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE DE BASE (AMO). UNE VÉRITABLE RÉVOLUTION QUI CONCERNE PRÈS DE DEUX MAROCAINS SUR TROIS. COMMENT SERONS-NOUS IMPACTÉS PAR CETTE ÉVOLUTION? SUIVEZ LE GUIDE.

ADHÉRER À L'AMO

Puis-je bénéficier de l'AMO ?

L'AMO concerne l'ensemble des catégories socioprofessionnelles. Les personnes exerçant une activité lucrative tout comme les percepteurs d'une pension y ont droit.

Ma famille peut-elle en bénéficier ?

Tous les membres de votre famille que ce soit votre conjoint(e) ou vos enfants peuvent également bénéficier de l'AMO. Vos enfants peuvent en bénéficier jusqu'à l'âge de 21 ans. La durée de couverture peut toutefois être prolongée jusqu'à l'âge de 26 ans si vos enfants poursuivent leurs études. Cette prolongation est toutefois soumise à la présentation de documents justificatifs. Les enfants handicapés sont couverts par l'AMO à vie.

Comment calculer mon taux de cotisation ?

Pour les actifs, le taux de cotisation moyen est de 6,37%, applicable à une assiette forfaitaire. Cette assiette forfaitaire est fixée par décret, spécifiquement pour chaque catégorie socioprofessionnelle (adouls, agriculteurs, artisans...). Pour les retraités, le taux est de 4,52% applicable au montant de la retraite. Les travailleurs non-salariés bénéficieront par exemple, moyennant une cotisation mensuelle ne dépassant pas 175 dirhams par mois, avec leurs ayants droit, du même panier de soins garanti pour les salariés du privé.

Comment payer sa cotisation si on n'est pas salarié ?

Lorsque le travailleur non salarié fait sa demande d'immatriculation auprès de la CNSS, il doit déposer auprès de l'agence CNSS, l'autorisation de prélèvement bancaire automatique selon le modèle du formulaire prévu. Chaque mois, le montant de la cotisation est automatiquement prélevé sur son compte.



© DR

CE QUE L'AMO COUVRE ET NE COUVRE PAS

Que couvre l'AMO ?

L'AMO rembourse ou prend en charge directement les frais de soins liés aux prestations suivantes :

- Actes de médecine générale et de spécialités médicales et chirurgicales.
- Soins relatifs au suivi de la grossesse, à l'accouchement et ses suites.
- Soins liés à l'hospitalisation et aux interventions chirurgicales, y compris les actes de chirurgie réparatrice.
- Analyses de biologie médicale, radiologie et imagerie médicale, et explorations fonctionnelles.
- Médicaments admis au remboursement, poches de sang humain et dérivés sanguins.
- Dispositifs médicaux et implants nécessaires aux différents soins.
- Appareils de prothèse et d'orthèse médicales admis au remboursement, lunetterie médicale, soins bucco-dentaires, orthodontie pour les enfants.
- Actes de rééducation fonctionnelle et de kinésithérapie et actes paramédicaux.

Mais encore ?

Un amendement de la loi 65-00 relative à la couverture médicale a permis d'élargir le panier de soins couvert par l'AMO en janvier 2015. Depuis, les prestations suivantes sont couvertes par l'AMO:

- Suivi de la maternité et de l'enfant de moins de 12 ans.
- Hospitalisations médicales et chirurgicales.
- Suivi des Affections de Longue Durée (ALD) et des Affections Longues et Couteuses (ALC) (51 pathologies prises en charges).
- Toutes les prestations de soins ambulatoires, y compris les prestations dentaires (soins conservateurs, soins chirurgicaux, prothèses dentaires et orthopédie dento-faciale pour les enfants de moins de 16 ans.



© DR

Les ALC c'est quoi?

Les affections longues et coûteuses (ALC) nécessitent des opérations chirurgicales lourdes. Il peut s'agir d'opérations au niveau du coeur ou encore de transplantations d'organes. Ces opérations, qui participent au traitement des ALC, ainsi que leur suivi sont intégralement couvertes par l'AMO.

Les ALD c'est quoi?

Les affections de longue durée (ALD) font généralement référence à des maladies ou des pathologies chroniques que le patient peut parfois traiter durant toute sa vie. Le traitement des ALD bénéficie d'un taux de prise en charge généralement supérieur à 70%.

Exemples d'ALD "communes"

Type d'affection	Taux de prise en charge
Asthme chronique modéré ou sévère	90%
Diabète insulino-dépendant et diabète non insulino-dépendant	70%
Accident vasculaire cérébrale (de tous types)	90%
Insuffisance rénale aiguë	95%
Hypertension artérielle sévère	77%

L'AMO couvre-t-elle les soins à l'étranger?

Les soins dispensés à l'étranger peuvent être admis au remboursement lorsque l'assuré ou l'un de ses ayants droit tombe inopinément malade au cours d'un séjour à l'étranger (le remboursement se fait sur la base de la Tarification nationale de référence appliquée au Maroc) ou ne peut recevoir au Maroc les soins appropriés à son état de santé (la prise en charge lui est accordée au niveau d'un établissement de soins étranger).

Qu'est ce que l'AMO ne couvre pas?

Les interventions de chirurgie esthétique, les cures thermales, l'acupuncture, la mésothérapie, la thalassothérapie, l'homéopathie, et les prestations dispensées dans le cadre de la médecine dite douce.

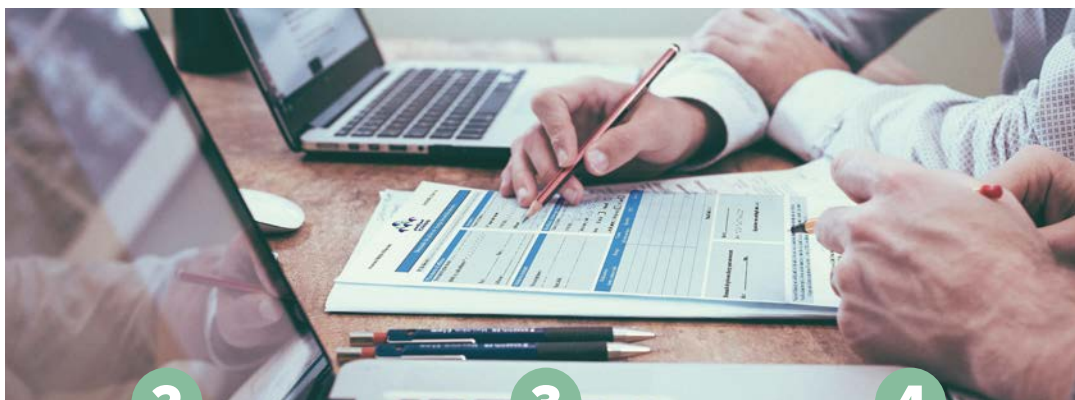
CONSTITUER UN DOSSIER ET OBTENIR UN REMBOURSEMENT

1

Sur quelle base se font les remboursements ?

Le remboursement ou la prise en charge des prestations de soins garanties se font sur la base de la tarification nationale de référence fixée aussi bien dans le cadre des conventions nationales conclues sous l'égide de l'Agence nationale de l'assurance maladie (ANAM) (voir QR Code).

Pour les médicaments, le tarif national de référence est le prix public de vente.



2

Quel est le taux de remboursement de l'AMO ?

Le taux de remboursement est fixé à 70% de la Tarification nationale de référence. Pour les maladies graves ou invalidantes, le taux varie entre 77% et 100%.

Pour ce type de maladies nécessitant des soins de longue durée ou particulièrement coûteux, le taux de couverture atteint 90% à 100% lorsque ses soins sont dispensés dans les établissements publics de santé et les services sanitaires relevant de l'État, alors qu'il varie entre 77% et 100% dans le privé.

3

Comment constituer un dossier de remboursement ?

Pour bénéficier du remboursement des frais médicaux, il suffit de se présenter au médecin traitant muni d'une feuille de soins AMO. Ce dernier va remplir la feuille, la signer et la cacheter. Le dossier de remboursement inclut aussi une ordonnance signée et cachetée par le médecin traitant précisant les médicaments et les soins annexes (analyses biologiques, radiologie...). Il faut ajouter les vignettes et Prix Public Maroc (PPM) avec le code barre national, ainsi que les factures des prestations annexes.

4

Comment constituer un dossier de prise en charge ?

En ce qui concerne la prise en charge, le formulaire de prise en charge doit être rempli par l'établissement de soin, signé et caché par le médecin traitant, mentionnant la nature de la demande ainsi que l'identité du bénéficiaire. Il faut y joindre une photocopie de la carte d'immatriculation de l'assuré, auquel est rattaché le bénéficiaire ainsi que la CIN du bénéficiaire. A cela s'ajoutent les justificatifs médicaux des soins demandés, et un devis de soins détaillé à effectuer.

Ils ont adopté l'AMO



© DR

WAFAA JARI

43 ans, docteure en pharmacie et gérante d'une pharmacie à Casablanca

“Avant mon adhésion à l'Assurance Maladie Obligatoire (AMO), je redoutais le jour où j'allais tomber malade. C'était devenu une peur qui me hantait au quotidien. Je me disais que je n'avais pas le droit de tomber malade. Mes employés avaient tous une couverture médicale qui les protégeait et moi, je n'avais rien. Je ne pouvais pas me permettre de faire des analyses médicales approfondies, ni de bilans vraiment complets pour évaluer mon état de santé, leurs coûts étaient exorbitants. Je ne pouvais pas non plus me procurer certains médicaments, car ils étaient trop coûteux. Je dépannais avec quelques échantillons de médicaments qu'on nous offrait. À cette crainte, s'est ajoutée une forme d'appréhension quant à ma retraite. Pendant longtemps, nous gérants de pharmacie, on craignait nos départs à la retraite parce qu'on savait qu'on se retrouverait tous dans la précarité, en fin de vie, comme beaucoup de confrères avant nous. On envisageait de retarder notre départ le plus possible en sachant très bien qu'on le payerait sûrement cher question santé. C'est pour sortir de cette situation de fragilité que je me suis inscrite à l'AMO en août dernier. Aujourd'hui que je suis assurée en tant que travailleuse non salariée exerçant une activité privée (TNS), l'État me rembourse enfin mes frais médicaux. Je peux maintenant faire les examens et les consultations que je reporte depuis plusieurs années faute de moyens et je peux aussi me procurer tous les médicaments dont j'ai besoin”.



© DR

MOHAMED CHAMIL

53 ans, adoul à Casablanca

“On sait tous que la santé, c'est ce qu'il y a d'essentiel dans la vie. On ne se rend compte de son importance qu'après l'avoir perdue, lorsqu'on est souffrant, cloué au lit, incapable de se lever pour aller travailler. On ressent l'importance de la santé encore plus lorsqu'on est dans l'impossibilité de se payer nos soins médicaux. J'exerce le métier de adoul depuis près d'une trentaine d'années et durant ces trente années de service, je n'ai jamais eu de couverture médicale. Au fil du temps, j'ai dû renoncer à de nombreux soins, notamment dentaires, alors que j'en avais besoin. D'autres collègues atteints de maladies chroniques ou de maladies rares ont encore plus souffert que moi, avant le lancement du projet de la généralisation de la couverture médicale. Je parle de camarades adouls qui souffrent de cancers, de problème cardiovasculaire ou de diabète aigu et qui ont dû subir des chirurgies lourdes, des séances très lourdes de chimiothérapies, sans aucune protection sociale. Les montants qu'ils ont dû payer étaient excessivement élevés. On a collecté de l'argent entre amis pour les aider à se soigner à l'époque. Heureusement que la catégorie des adouls a été l'une des premières à bénéficier de la réforme du régime de la couverture sociale. Personnellement, ça va faire bientôt deux ans que j'ai adhéré en tant que personne non salariée exerçant une profession libérale. Je bénéficie désormais d'une prise en charge de mes soins, de tous mes frais médicaux sont remboursés et les tarifs de cotisations ne sont pas si importants que ça. Mensuellement, je paie une cotisation de 300 dirhams. Une contribution assez adaptée à mon revenu”.



© DR

MHAMED CHOUKIRI **80 ans, épicier à Casablanca**

“Durant ma jeunesse, je ne me souciais pas de ma santé. Je tombais rarement malade et donc ne pas avoir de protection sociale ne me dérangeait pas plus que ça, jusqu’au jour où j’ai appris que je souffrais d’insuffisance rénale chronique, qui a commencé à impacter ma mobilité et ma vie quotidienne. La période la plus dure, c’était le début, quand j’ai commencé à faire mes séances d’hémodialyse. Le premier mois, surtout, c’était l’enfer, car en plus de subir une épreuve physique difficile, psychologiquement, j’étais au plus mal car je n’avais pas de prise en charge médicale et donc mes enfants ont dû se battre pour me payer tous les frais médicaux qui avoisinaient les 11 000 dirhams par mois. J’ai même dû fermer boutique pour me soigner. En me voyant dans cet état, un ami de mon fils m’a suggéré d’adhérer à l’AMO pour me sortir de ce gouffre financier. Maintenant, que j’ai mon assurance-maladie, je ne culpabilise plus parce que je suis en partie remboursé pour chaque séance et chaque boîte de médicament. Faisant partie de la catégorie des adhérents atteints d’affections de longue durée et nécessitant des soins lourds et coûteux, je ne m’acquitte que de près de 30% des frais médicaux. L’autre partie est totalement couverte par la CNSS avec un taux de couverture qui avoisine les 70%”.



© DR

MOHAMED KHATFANI **54 ans, responsable de la communication et du secteur du commerce de gros de l’Association nationale Hadaf des commerçants, artisans et service sociaux et humains**

“Depuis 2016, nous faisons un travail de sensibilisation sur l’importance de la mise en place d’une protection sociale dans le secteur de l’informel. Quand l’annonce d’une réforme de la couverture médicale est tombée. Nous avons encouragé tous nos membres qui travaillaient dans le secteur de l’informel de s’inscrire au registre national de l’autoentrepreneur. Aujourd’hui, ils sont près d’un millier de peintres, de menuisiers, de petits producteurs d’huile d’olive à avoir ce statut. Ce passage vers le formel a permis de les sortir de l’ombre. Il leur a offert des perspectives d’évolution non-négligeables avec davantage de débouchés commerciaux. Nous avons également parmi nos membres des artisans, maîtres et apprentis qui font de la poterie, du tissage, de la maroquinerie ou de la broderie et qui ont adhéré au registre national de l’artisanat. Tous avaient cruellement besoin d’une couverture médicale, surtout que leurs métiers sont assez risqués. Ils sont constamment exposés aux blessures. Il ne faut pas oublier que ces gens-là ont en moyenne des revenus assez faibles et que la crise sanitaire du Covid a porté un coup dur à leurs activités respectives. Depuis quelques mois et grâce à cette réforme, nos membres autoentrepreneurs et artisans sont affiliés au régime national de la Sécurité sociale. Ils bénéficient de l’AMO dans le cadre de la Contribution professionnelle unique (CPU) qui permet aux professionnels de s’acquitter d’un seul impôt tout en leur assurant une couverture médicale à travers un droit complémentaire destiné aux prestations sociales couvrant l’assurance-maladie obligatoire”.

HASSAN BOUBRIK

« LA CNSS DOIT ÉVOLUER EN ASSUMANT LE RÔLE D'UN VÉRITABLE ASSUREUR QUI GÈRE LE RISQUE COUVERT POUR LE RÉDUIRE QUAND CELA EST POSSIBLE ET QUI APPORTE UNE VALEUR AJOUTÉE RÉELLE AU SYSTÈME. »

Alors que le Maroc s'est engagé dans le chantier titanesque de la généralisation de la protection sociale, la Caisse nationale de sécurité sociale (CNSS) sera plus que jamais sollicitée pour mener à bien qui concerne 22 millions de Marocains. Son directeur général, Hassan Boubrik, expose dans cet entretien les actions engagées par la Caisse afin d'accompagner la réforme.

Nommé en février 2021 à la tête de la CNSS, Hassan Boubrik a hérité de la lourde responsabilité d'accueillir plusieurs millions de nouveaux bénéficiaires de la protection sociale. *« En 22 mois, le nombre d'assurés doit passer de 3,5 millions à 11 millions de personnes. Le nombre de bénéficiaires est multiplié quant à lui par 4, passant de 7 à 29 millions »,* précise-t-il dans cette interview. Des chiffres vertigineux qui nécessitent une refonte du système de fonctionnement de la Caisse. Pour servir cette vague de nouveaux entrants, la CNSS a par exemple déjà mis en place près de 2 000 points de contact où les futurs adhérents peuvent bénéficier d'un certain nombre de services, notamment celui du dépôt des dossiers de remboursement.

Comment se présente le chantier de la réforme de la sécurité sociale ?

Trois phases composent le calendrier étalé sur cinq ans de la réforme de la protection sociale. La première, démarrée en 2021, est consacrée à la généralisation de la couverture médicale à l'ensemble de la population, aussi bien les travailleurs non-salariés que les personnes vulnérables. Cette phase doit être achevée, dans quelques mois, et dans tous les cas avant la fin de cette année. Au terme de cette phase, ce sont 8,5 millions d'assurés primaires nouveaux et 22 millions de bénéficiaires supplémentaires, si on

compte aussi leurs ayants droits qui rejoindront le régime d'assurance maladie obligatoire. La deuxième phase, qui devra être achevée avant 2024, concernera le service des prestations familiales. Plus de 7 millions d'enfants en âge de scolarité seront concernés. Enfin, la troisième phase, prévue en 2025, sera consacrée à la généralisation de la retraite et à l'indemnité pour perte d'emploi à l'ensemble des travailleurs actifs ayant un emploi permanent. La CNSS a été appelée à jouer un rôle central dans ce projet puisqu'elle a été désignée par les pouvoirs publics pour gérer le régime de couverture maladie des travailleurs non-salariés et des populations vulnérables. De ce fait, notre activité est en train d'enregistrer une progression sans précédent. En 22 mois, le nombre d'assurés doit passer de 3,5 millions à 11 millions de personnes. Le nombre de bénéficiaires est multiplié quant à lui par 4, passant de 7 à 29 millions. Enfin, le nombre de dossiers de maladie traité doit passer de près de 20 000 à 80 000 voire 90 000 dossiers par jour dans cet intervalle de temps. A fin-mai, plus de 1,9 millions nouveaux assurés parmi les travailleurs non-



salariés ont été immatriculés, tandis que le reste devrait être intégré avant fin juin.

Ces chiffres vertigineux impliquent forcément une refonte de l'organisation de la CNSS...

Les systèmes d'information ont été adaptés pour prendre en charge une population totalement différente des

salariés, que ce soit en matière d'adhésion, de déclaration ou de recouvrement des cotisations, mais aussi significativement améliorés pour s'assurer de leur robustesse, de leur performance, de leur sécurité et de leur capacité à traiter un flux de données et de transactions beaucoup plus important. Viennent ensuite les ressources humaines, qui ont été renforcés pour accueillir cette nouvelle vague d'ayants-droit. Nous avons également noué des partenariats avec un certain nombre de réseaux de proximité afin d'être plus proches de nos assurés. En effet, notre réseau propre d'agences est très limité et ne pouvait être en mesure d'assurer une couverture adéquate du territoire national. Grâce à ces partenariats, nos assurés ont d'ores et déjà à leur disposition près de 2000 points de contact où ils peuvent bénéficier d'un certain nombre de services, notamment celui du dépôt des dossiers de remboursement.

Par ailleurs, nous avons mis en place un nouvel organigramme s'articulant autour de trois principales composantes. D'abord, notre volonté de développer la relation clientèle et la qualité du service, puis le rôle renforcé des services des prestations notamment ceux de l'Assurance Maladie Obligatoire. La troisième privilégie la transformation digitale et l'optimisation de la gestion des ressources. Le nouvel organigramme se compose donc de trois directions générales adjointes et de plusieurs directions de pilotage rattachées à la direction générale.

Quid de la digitalisation des services ?

Aujourd'hui, une grande partie des services ont déjà été digitalisés à travers les différents portails de la Caisse. Nous travaillons par ailleurs sur un nouveau système d'information de l'assurance maladie qui permettra la dématérialisation totale des process et la mise en œuvre de la feuille de soin électronique. La mise en production de ce nouveau système est prévue dans les semaines à venir. Le déploiement de la feuille de soins électronique auprès des prestataires de santé se fera progressivement sur les 18 à 24 prochains mois.

Quelles retombées cela aura-t-il sur la démarche entamée par les assurés de la Caisse ?

Pour la CNSS, la priorité est de délivrer à nos assurés un service de qualité, notamment à travers l'amélioration de l'accueil, la multiplication des canaux offerts et la simplification des procédures. Nous visons également à assurer des délais moyens courts pour les prises en charges et les remboursements des frais. Ce délai moyen est situé aujourd'hui à huit jours. Notre objectif est de le maintenir malgré la forte augmentation de l'activité, une augmentation d'ores et déjà constatée puisque le nombre de dossiers traités par jour est passé en 3 mois de 22.000 à 32.000. A moyen terme, avec la mise en œuvre du nouveau système d'information et de la feuille de soins électronique, nous espérons même réduire le délai moyen de remboursement à 5 ou 6 jours.

Quels sont les autres défis posés par le chantier de la généralisation de la protection sociale ?

Un des défis est évidemment celui de l'équilibre financier à moyen et long termes ainsi que la maîtrise des dépenses d'assurance



Cérémonie d'installation du nouveau directeur général de la Caisse nationale de la sécurité sociale (CNSS), Hassan Boubrik, sous la présidence du ministre du Travail et de l'insertion professionnelle, Mohamed Amekraz, le 15 février 2021 à Casablanca.

maladie. Le régime est appelé à affronter des problématiques exogènes liées principalement à la démographie de la population marocaine. Sur le volet démographique, nous comprenons évidemment que le vieillissement de la population va induire une augmentation importante des dépenses. A un âge avancé, une personne sur deux développe une ou plusieurs affections longue durée (ALD). Ces ALD, généralement remboursées presque à 100%, coûtent très cher à l'assurance maladie. A titre d'exemple, d'ores et déjà, 60% des dépenses du régime d'assurance maladie des salariés s'expliquent par les ALD ou les pathologies chroniques alors que celles-ci ne concernent qu'un près de 10% de la population assurée. 80% de ces 60% s'expliquent par cinq pathologies. Sur le plan épidémiologique, les avancées de la médecine ont permis d'éradiquer ou de limiter considérablement les maladies infectieuses. Ces mêmes progrès ont transformé des maladies aiguës en pathologies chroniques (cancer et maladies cardiaques par exemple). D'autres maladies chroniques (diabète, asthme) ont été favorisées par des changements dans les modes de vie des citoyens. Ces évolutions transforment le risque de santé qui n'est plus un risque de court terme et qui devient un risque de long terme nécessitant une approche de gestion totalement différente.

Justement, comment comptez-vous vous y prendre ?

Nous devons mettre en place un système de veille permanente concernant les maladies chroniques et les ALD pour aider à une meilleure prise en charge. Nous devons également investir significativement dans la prévention et dans le monitoring de ces pathologies pour qu'elles n'évoluent pas vers un stade beaucoup plus compliqué, avec un impact fort sur les malades et des coûts substantiellement plus élevés pour l'assurance maladie. Pour cela, nous devons investir plus dans notre transformation digitale et dans le numérique, dont les retombées dans le domaine de la santé sont d'une portée extraordinaire (utilisation des objets connectés pour la prévention ou pour le monitoring de certaines ALD à distance, utilisation de la data pour améliorer l'efficacité du système, utilisation de l'intelligence artificielle pour améliorer les diagnostics précoces...).

Nous sommes entrain d'initier une réflexion sur notre stratégie de transformation digitale et sur la manière dont elle peut, grâce à la data collectée et aux incitations qu'on peut mettre en place, améliorer l'efficacité du système dans la prévention des ALD et dans leur prise en charge. Pour être à la hauteur des enjeux de demain, la CNSS doit évoluer en assumant le rôle d'un véritable assureur qui gère le risque couvert pour le réduire quand cela est possible et qui apporte une valeur ajoutée réelle au système.

AMO

Ce que prévoit l'État pour le système de santé de demain

ABSORBER LA DEMANDE CROISSANTE QUI SERA DÉCLENCHÉE PAR LA GÉNÉRALISATION DE L'ASSURANCE MALADIE POUR LE SYSTÈME DE SANTÉ MAROCAIN. DE L'INVESTISSEMENT DANS LES INFRASTRUCTURES, EN PASSANT PAR LE RECRUTEMENT DE NOUVELLES RESSOURCES HUMAINES À LA RÉORGANISATION NÉCESSAIRE DE LA GOUVERNANCE DU SECTEUR, LE CHANTIER QUI SE DRESSE DEVANT L'ÉTAT EST COLOSSAL. FOCUS SUR LES PLANS DE L'ÉTAT POUR CRÉER LE SYSTÈME DE SANTÉ DEMAIN.

D'ici la fin de l'année 2022, l'Assurance maladie obligatoire (AMO) devra couvrir près de 22 millions de Marocains supplémentaires. Une intégration massive qui mènera inexorablement à la création d'une forte demande en soins dans un pays manquant sévèrement d'infrastructures nécessaires et de personnel médical et paramédical. Ambitieuse, la réforme de la protection sociale, et plus particulièrement la généralisation de l'AMO, doit mener à un investissement massif dans de nouvelles infrastructures ainsi qu'à une restructuration de la gouvernance du secteur. Le tout devra être accompagné d'un recrutement conséquent de ressources humaines. Mais que prévoit l'État pour remplir ses objectifs? Point d'étape et indiscretions.

SIX MILLIARDS D'INVESTISSEMENT ET UN RÉSEAU LOCAL RENFORCÉ

Face visible du système de santé, l'infrastructure hospitalière a bénéficié d'une enveloppe de six milliards de dirhams en 2022 pour sa mise à niveau. Un quart de cette enveloppe, 1,5 milliard de dirhams, ira à la construction de nouveaux Centres hospitaliers universitaires (CHU) à Laâyoune et Rabat. Plus de la moitié de ce budget, 3,4 milliards de dirhams, sera alloué à la construction et la mise à niveau de centres hospitaliers provinciaux (CHP) et régionaux (CHR). A noter qu'une enveloppe de 500 millions de dirhams sera dédiée à la mise à niveau des établissements de santé de soins primaires (ESSP). L'objectif de ce relifiting des infrastruc-

tures ? Renforcer la dimension régionale de l'offre sanitaire. Selon nos informations, une nouvelle organisation de l'offre sanitaire est prévue. Une nouvelle configuration dans laquelle le rôle des centres de santé de proximité serait renforcé. Car l'ensemble de ces infrastructures devrait, selon nos informations, venir s'intégrer dans un nouveau système nommé "Groupement sanitaire de territoire" (GST).

UNE OFFRE DE SOIN RÉGIONALE RÉORGANISÉE

À la base de ce nouveau système, les ESSP qui auront pour mission de fournir l'offre de soins de proximité et fera office de point de référence à travers l'exercice de la médecine générale, de la pédiatrie, de l'obstétrique et des soins intensifs. Les deuxièmes points de relais du GST seront les CHP. Ces derniers pourront également fournir une offre de proximité de base à laquelle viendra s'ajouter des spécialités médicales comme l'ophtalmologie ou encore la réanimation. Au troisième niveau de cette nouvelle offre régionale, on retrouve les CHR qui devraient, eux, se positionner sur des spécialités médicales au niveau régional ou interrégional en offrant, par exemple, des soins d'on-



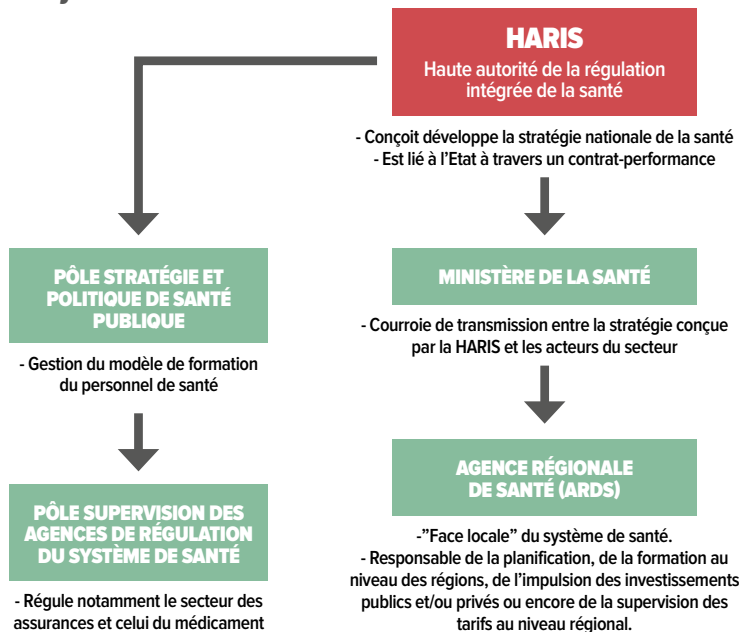
Lors d'une réunion sur la généralisation de la protection sociale tenue le 7 juin 2022, le Chef de gouvernement Aziz Akhannouch a demandé qu'on accélère la mise en place du projet.

nologie et de neurochirurgie. L'idée derrière cette restructuration, semblerait donc de fournir une offre de soin plus ou moins complète en fonction de la dimension des centres de soin qui les dispensent. Au sommet de la pyramide on retrouve les CHU qui auront à charge de gérer tous les établissements de soin dépendant d'un GST. La réorganisation de l'offre au niveau régional doit, in fine, permettre aux CHU de se focaliser sur ses principales missions. Parmi elles, le développement de projets de recherche scientifique, le renforcement de la formation médicale ainsi que la mise en place d'un positionnement sur des spécialités pointues. À terme, les CHU pourraient être amenés à devenir des centres d'expertises médicales nationaux pour certaines spécialités.

UNE RÉVOLUTION NOMMÉE HARIS

Les GST ne sont qu'un maillon de la restructuration de la gouvernance du système de santé marocain. La véritable révolution qui se cache derrière cette réforme n'est autre que la création prochaine d'une Haute autorité de la régulation intégrée de la santé (HARIS). Selon nos informations, la HARIS serait une super structure qui prendrait la forme

Aperçu de la nouvelle organisation du système de santé





Un accord a été signé par le ministre de la Santé, Khalid Aït Taleb, et le ministre du Budget, Fouzi Lekjaâ, avec sept syndicats de la profession, en faveur d'une revalorisation salariale des médecins, pharmaciens et dentistes.

© TNCOUN

d'une instance d'orientation stratégique complètement indépendante du système de santé et permettrait de garantir une continuité de la stratégie de l'État dans le domaine. D'un point de vue légal, la HARIS est vouée à être un établissement public doté d'une personnalité morale et d'une autonomie financière. Cette haute autorité serait liée à l'État par un contrat de performance et bénéficierait d'un pouvoir coercitif lui permettant de sanctionner les acteurs du secteur. La HARIS devrait être pilotée par un Haut commissaire à la santé dont le mode de nomination n'a, selon nos informations, toujours pas été défini. Cette structure devrait se voir confier trois rôles clés qu devraient être gérés au sein de trois pôles dédiés. Le pôle en charge de la "stratégie et la politique de santé publique" devrait ainsi se voir confier la gestion du modèle de formation du personnel de santé ainsi que son ingénierie dans l'optique d'adopter les compétences des futurs professionnels de la santé aux besoins du système. Autres attributs clés de ce pôle : la mise en place d'une stratégie nationale de la santé, la planification des investissements dans le secteur ou encore les recommandations de protocoles de soins de santé.

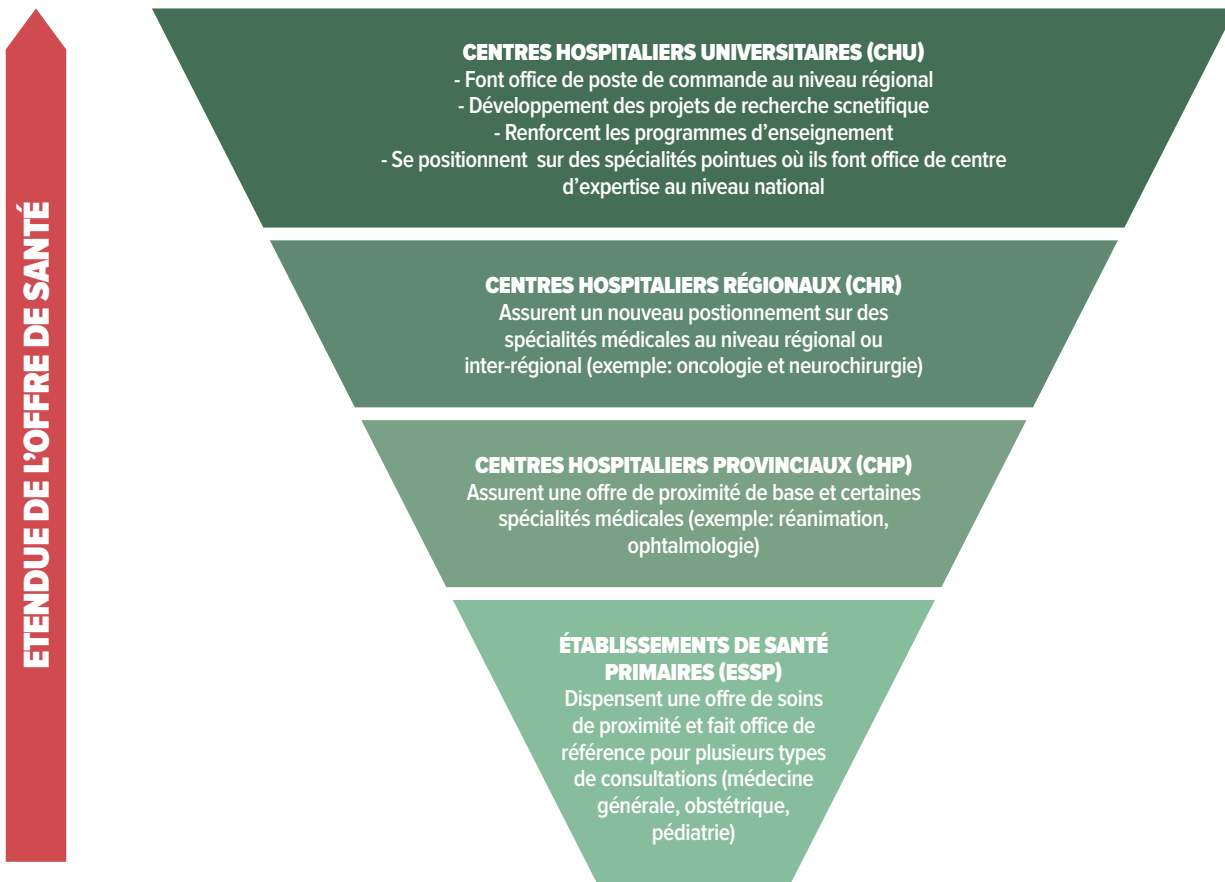
Le pôle "supervision des agences de régulation du système de santé" devrait lui inclure des structures bien connues du domaine pour assurer une régulation complète du secteur. Une structure comme l'Agence nationale de l'assurance maladie (ANAM) sera, selon nos informations, intégrée au sein de ce pôle. Idem pour des directions centrales du ministère de la Santé comme la Direction du médicament et de la pharmacie, la Direction des hôpitaux ainsi que la Direction de l'épidémiologie. Toutes seront rebrandées en agences dépendant directe-

ment de la HARIS qui permettront de créer un ensemble en charge de la régulation des assurances, de l'évaluation des établissements de santé ou encore du contrôle des médicaments. Ce nouveau pôle devrait également inclure une Agence de la performance de la santé qui sera chargée d'évaluer la performance du système.

QUID DE LA TUTELLE?

Enfin, le dernier pôle prévu au sein de la HARIS devrait être consacré à la surveillance du système de santé et à la mise en place de fonctions mutualisées. Ce pôle se verrait notamment chargé de la mise en oeuvre d'un système informatisé intégré pour l'ensemble du système de santé. Il devra également faire office de centre de contrôle en assurant, entre autres, la surveillance épidémiologique. Enfin, ce pôle devrait également inclure un Observatoire de la santé chargé de la collecte de données et de réalisation d'enquêtes sur le secteur. Dépossédé de plusieurs de ses directions centrales, quel rôle se verrait confier le ministère de la Santé dans cette réorganisation du système de santé marocain? Dans cette reconfiguration, le ministère ferait office de courroie de transmission entre la stratégie, incarnée par la HARIS, et les différents acteurs du secteur. Parmi

Les maillons de la nouvelle offre régionale et leurs missions



eux, 12 petits nouveaux: les Agences régionales de développement de la Santé (ARDS). Présentes dans chaque région du royaume, les ARDS seront la “*face locale*” du système de santé. Elles seront chargées à la fois de la planification de la formation au niveau des régions, de l'impulsion des investissements publics et/ou privés ou encore de la supervision des tarifs au niveau régional. À ces fonctions viennent également s'ajouter la supervision des centres de santé publics dans la région et donc... des GST.

LE DÉFI DES RESSOURCES HUMAINES

L'autre volet de réforme est les ressources humaines. Le Maroc dispose de 5 médecins et 8 infirmiers et sages-femmes pour 10 000 habitants, contre 13 médecins et 29 infirmiers et sages-femmes en Tunisie. Un effectif en deçà des normes OMS. Celle-ci juge improbable que les pays disposant de moins de 23 professionnels de santé (en ne comptant que les médecins, le personnel infirmier et les sages-femmes) pour 10 000 habitants obtiennent des taux de couverture convenables pour les interventions essentielles en matière de soins. Le nouveau modèle de développement ambitionne de porter le nombre de personnels soignants par 10 000 habitants à 45, à l'horizon 2035. La

valorisation du personnel médical se fera à travers le renforcement des effectifs formés des médecins et des paramédicaux ainsi que la révision de la loi 131-13 relative à l'exercice de la médecine, dans le but de lever les restrictions imposées aux médecins étrangers qui pourront exercer dans les mêmes conditions que leurs confrères marocains. Une revalorisation des salaires du corps médical a aussi été décidée. Un accord a été signé, le 24 février, par le ministre de la Santé, Khalid Aït Taleb, et le ministre délégué chargé du Budget, Fouzi Lekjaâ, avec sept syndicats de la profession, en faveur d'une revalorisation salariale des médecins, pharmaciens et dentistes. Ces professions décrochent l'indice 509 sur la rémunération à compter de janvier 2023. Celle-ci équivaut à un grade de doctorat et se traduit par une augmentation de 3500 dirhams quand les salaires de ces professions débutaient entre 8000 et 9000 dirhams. Le dernier volet de cette grande réforme est la formation des médecins. Dans une note adressée aux présidents des universités publiques, datée du 17 février, le ministre de l'Enseignement supérieur, Abdellatif Miraoui, a annoncé la volonté du gouvernement de réduire d'un an la durée de formation en médecine, “à partir de la rentrée prochaine”, passant de sept ans de formation à six. Cette décision permettra de raccourcir et de rendre la formation du médecin plus efficace. Suffisant pour répondre au besoin quantitatif ? Le prochain défi-de taille-devrait être de retenir les médecins de quitter le Maroc. Selon un rapport parlementaire sur la fuite des cerveaux présenté en juin 2021, 603 médecins ont quitté le Maroc en 2018, soit 30% du nombre de diplômés des facultés de médecine et de pharmacie pour la même année. Une hémorragie qu'il est urgent de stopper. ■